

在宅療養後方支援患者登録用紙

説明日： 年 月 日

説明者：

(患者氏名)

森之宮病院は、_____様が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、_____からの連絡に基づき、24時間いつでも診療を行います。また、その際に入院が必要となった場合は、原則として当院で入院治療を行います。万一、当院で入院治療が行えない場合は、適切な医療機関へ紹介します。
(在宅医療機関)
なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、_____と
(患者氏名) _____様の診療情報等について情報交換を行います。

① 在宅医療を担当している医療機関の情報

名称 _____
住所 _____
連絡先 _____ (担当医氏名： _____)

② 緊急時の受入を希望する医療機関の情報

名称 社会医療法人 大道会 森之宮病院
住所 〒536-0025 大阪市城東区森之宮 2-1-88
連絡先 平日 9:00~19:00 } 地域医療連携室 0120-031-841
 土曜 9:00~12:00 }
上記以外(休日・夜間・時間外) 時間外代表 TEL 06-6969-6580

③ 森之宮病院で対応ができなかった場合に、搬送を希望される医療機関がございましたらご記入ください。

1. _____ 2. _____

④ 患者に関する情報

氏名 _____ (男・女) _____
生年月日 T・S・H・R 年 月 日生 _____
住所 _____
連絡先 _____
緊急連絡先 (お名前・ご関係) _____
病状等 ※病名・処方内容・状態など、診療情報提供書の作成をお願いします

⑤ 大道会の訪問看護ステーションをご利用されますか？(はい・いいえ)

(※はいの場合は情報共有させて頂いてよろしいですか？⇒ はい・いいえ)

※確認事項(算定している項目にチェックをお願いします)

在宅時医学総合管理料 在宅がん医療総合診療料
施設入居時等医学総合管理料 在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導管理料を除く)